5. melléklet

**KÉRELEM**

**gyógyszerköltség támogatás megállapítására**

**Gyógyszerköltség támogatás megállapítását kérem, a kérelmem benyújtását megelőző, három egymást követő hónapban saját-, illetve velem együtt élő kiskorú gyermekem betegségére kifizetett gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök költsége miatt.**

***Személyi adatok***

**Kérelmező**

neve: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

születési neve: ………………………………………………………………………………………................................................

születési helye és ideje: ………………………………………………………………………………….......................................

anyja neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

bejelentett lakóhelye: ………………………………………………………………………………………………………………………….

tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………………………………………………………

telefonszáma: ………………………………………………….…………………………………………………………………………………..

TAJ.: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Kiskorú gyermek** személyi adatai:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(név, születési hely és idő, anyja neve, TAJ száma, lakóhelye)

Az igénylővel egy háztartásban élő közeli hozzátartozók száma: …………… fő

A közeli hozzátartozók adatai:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Név** | **Szül hely és idő** | **Anyja neve** | **TAJ száma** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |

***Jövedelemnyilatkozat***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A jövedelmek típusai** | **Kérelmező jövedelme** | **Közeli hozzátartozók jövedelme** |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** |  | **5** | **6** | **7** |
| 1. Munkaviszonyból, munkavégzésreirányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásbólszármazó jövedelem |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (munkanélküli járadék, rendszeres szociális és nevelési segély, jövedelempótló támogatások, stb.) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Föld bérbeadásából származó jövedelem |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Egyéb (pl. ösztöndíj, értékpapírbólszármazó jövedelem, kis összegűkifizetések stb.) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8. A család havi jövedelme összesen**  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem: ………………………… Ft/hó *(ügyintéző tölti ki)*

***Nyilatkozat***

**Nyilatkozom arról**, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

**Nyilatkozom arról is**, hogy közgyógyellátási jogosultsággal nem rendelkezem/gyermekem nem rendelkezik.

(megfelelőt alá kell húzni)

Dátum: ……………………………………

 ……..……………………………………………….

 Aláírás

**Melléklet:**

jövedelemigazolások

kérelem benyújtását megelőző három hónap gyógyszerfelhasználásáról kiállított, névre szóló számla